

## Solicitud de Registros de DSHS Request for DSHS Records

### A. SOLICITUD DE REGISTROS DE DSHS POR PARTE DE:

NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TÍTULO
NOMBRE DE ORGANIZACIÓN O NEGOCIO SI CORRESPONDE				
DOMICILIO POSTAL		CIUDAD		ESTADO
				CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)		NÚMERO DE FAX (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

### B. SOLICITUD DE REGISTROS DE ESTOS PROGRAMAS DE DSHS: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

<input type="checkbox"/> Salud Conductual y Recuperación (DBHR)	<input type="checkbox"/> Administración Servicios para Niños (CA)
<input type="checkbox"/> Manutención de Niños (DCS)	<input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública)
<input type="checkbox"/> Impedimentos al Desarrollo (DDD)	<input type="checkbox"/> Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS)
<input type="checkbox"/> Administración de Rehabilitación Juvenil (JRA)	<input type="checkbox"/> Servicios de Atención Residencial (RCS)
<input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional (DVR)	<input type="checkbox"/> Instituciones de Salud Mental del Estado (ESH, WSH, CSTC, SCC)
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

### C. SOLICITUD DE REGISTROS DE CLIENTE DE DSHS DE:

<input type="checkbox"/> LA PERSONA	NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
<input type="checkbox"/> OTRO				
FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRES ANTERIORES			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHAS DE SERVICIO	UBICACIÓN DE SERVICIO	

**REGISTROS DE CLIENTE SOLICITADOS:** Especifique los registros solicitados de los programas de DSHS marcados arriba en la Sección B:

Registros en la lista adjunta

Los siguientes registros:

Todos los registros de clientes mantenidos por los programas de DSHS marcados en la Sección B.

**Enuncie cualquier limitación en los registros de DSHS solicitados (por fecha, tipo de registros, etc.):**

### D. SOLICITUD DE OTROS REGISTROS DE DSHS

Solicito los siguientes registros de DSHS:

Autorizar registros para el siguiente establecimiento o proveedor: \_\_\_\_\_

Otros registros (describa de la manera más completa posible, incluyendo por fecha, tipo de registro, programa, etc.):

### E. ACCESO A REGISTROS (COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA TODAS LAS SOLICITUDES)

Envíenme copias de los registros indicados arriba. Entiendo que DSHS puede cobrar las copias de sus registros conforme WAC 388-01-080.

Comuníquense conmigo para coordinar un horario para revisar los registros.

Otro:

**NOTA:** Debe presentar comprobante de autorización para obtener registros confidenciales de terceros. Utilice el formulario de Autorización, DSHS 17-063, si es necesario dar autorización.

SOLICITADO POR (FIRMA)	FECHA DE FIRMA
------------------------	----------------

FIRMA DE TESTIGO O NOTARIO VERIFICADOR DE IDENTIDAD SI SE REQUIERE	NOMBRE DEL TESTIGO O NOTARIO EN LETRA DE MOLDE SI SE REQUIERE
--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Si no soy la persona a quien pertenecen los registros confidenciales, estoy autorizado a acceder a estos registros en mi condición de: (adjuntar comprobante de autoridad)

Padre de menor     Tutor legal     Representante personal     Otro:

### OFFICE USE ONLY (PARA USO OFICIAL EXCLUSIVO)

DATE RECEIVED	RECEIVED AT:	DATE ACKNOWLEDGED	<input type="checkbox"/> ID VERIFIED HOW:	DATE RECORDS PROVIDED
---------------	--------------	-------------------	----------------------------------------------	-----------------------